

FACULTÉ DE MÉDECINE

**Contribution à l'Etude
de l'Épithélioma pavimenteux
primitif
de la glande sous-maxillaire**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Février 1937

PAR

Mircea BRAESTER

Né le 5 Février 1913, à Pascani (Roumanie).

POUR OBTENIR le DIPLOME de DOCTEUR de L'UNIVERSITÉ de MONTPELLIER

(Mention : Médecine)

JURY

MM. MASSABUAU, Prof., Président,
TURCHINI, Professeur,
GUIBAL, Agrégé.
BOUX, Agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1937

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'EPITHELIOMA
PAVIMENTEUX PRIMITIF DE LA GLANDE
SOUS MAXILLAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555203_0034

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 12

FACULTÉ DE MÉDECINE

**Contribution à l'Etude
de l'Épithélioma pavimenteux
primitif
de la glande sous-maxillaire**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Février 1937

PAR

Mircea BRAESTER

Né le 5 Eévrier 1913, à Pascani (Roumanie)

POUR OBTENIR le DIPLOME de DOCTEUR de L'UNIVERSITÉ de MONTPELLIER

(Mention : Médecine)

JURY

MM. MASSABUAU, Prof., Président.
TURCHINI, Professeur.
GUIBAL, Agrégé.
BOUX, Agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARREI.
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, Prof. président.	MM. GUIBAL, Agrégé
TURCHINI, Professeur.	ROUX, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA SŒUR

A MA MERE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A RESSY

A MON NEVEU

A MES AMIS

M. B.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui a été l'inspirateur de notre
thèse et nous a fait le grand
honneur d'accepter la présiden-
ce, notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TURCHINI

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBERT

M. B.

Introduction

L'histoire nosographique de l'épithélioma primitif de la glande sous-maxillaire n'est pas écrite dans les classiques. C'est à peine si les plus importants d'entre eux lui consacrent quelques lignes.

Il n'existe sur ce sujet que des observations isolées, épar-
ses, à propos desquelles chaque auteur s'est livré à des réflexions particulières.

Certains auteurs même ont pu soutenir que tous les cancers salivaires avaient pour point de départ l'élément épithélial d'une tumeur mixte. Toutefois, nous croyons qu'il serait absurde, malgré la rareté de l'affection, de refuser à la glande sous-maxillaire la possibilité d'édifier des néoplasies primitives comme les autres formations glandulaires. Et, en raison même de la rareté des épithéliomas pavimenteux primitifs de la glande sous-maxillaire, tout cas nouveau mérite d'être porté à la connaissance du monde médical. C'est ainsi que notre maître, M. le Professeur MASSABUAU a bien voulu nous communiquer un cas observé dans son service, que nous rapportons dans cette thèse inaugurale ; qu'il trouve ici les remerciements émus d'un de ses anciens et fidèles élèves.

Que M. le Professeur agrégé GUIBAL, qui a bien voulu faire partie de notre jury, nous permette de lui exprimer notre profonde gratitude, ainsi que pour la gracieuse amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu.

Nous tenons à témoigner notre reconnaissance à M. le docteur GUIBERT, qui s'est mis à notre disposition pour nous fournir les données anatomo-pathologiques nécessaires à notre étude. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

A tous nos maîtres de l'école montpelliéraine que nous avons pu approcher grâce à leur esprit généreux et large, nous rendons un hommage respectueux.

Historique

Lorsqu'on parcourt la série des travaux consacrés aux tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire, on est surpris du petit nombre et de l'imprécision des documents rencontrés, si bien que jusqu'au dernier quart de siècle dernier, l'historique de ces tumeurs se réduit au rappel d'observations isolées ou à quelques exposés de technique opératoire. Et même, à cette date, alors que l'histogénèse des tumeurs mixtes est l'occasion de recherches nombreuses, traduites en d'importantes publications, celle des tumeurs malignes primitives de la glande sous-maxillaire retient beaucoup moins l'attention des histologistes ; leur étude anatomo-clinique reste assez sommaire.

L'historique de ces néoplasmes sera donc assez bref.

Les anciens auteurs considéraient uniquement les tumeurs de la région sous-maxillaire comme des dégénérescences ganglionnaires consécutives aux cancers voisins. Tel n'était pas pourtant, en 1818, l'avis de LARREY, décrivant dans la région sous-maxillaire, une tumeur « lobulée et d'aspect glanduleux ».

Il faut attendre le travail de TALAZAC (1869) pour avoir une première étude d'ensemble des néoplasmes de la glan-

de sous-maxillaire. Mais le travail de TALAZAC était à peu près complètement dénué de détails anatomo-pathologiques, il venait trop tôt.

C'est en 1888 seulement que la thèse de JOULIARD rassemble toutes les observations jusque là publiées. A partir de 1890, les études poursuivies sur les cancers des glandes salivaires en général, prennent une nouvelle orientation: en effet, à côté du problème thérapeutique, le problème de l'histologie pathologique et de l'histogénèse de ces cancers, vient au premier plan.

Quelques travaux d'ensemble sont encore consacrés aux cancers sous-maxillaires.

PONSOT, (thèse de Lyon, 1894), HERZFELD, 1893, VOLKMANN, 1895, CHEVASSU, 1910, DELANNOY, 1923, mais peu de travaux ont été consacrés à l'histogénèse des tumeurs primitivement malignes. Presque toutes les recherches publiées pendant trente ans, concernent les tumeurs mixtes, PITANCE (1897), WILMS (1902), MASSABEAU (1908), font naître les tumeurs salivaires d'inclusions ectodermiques. CUNEO et VEAU soutiennent l'origine branchiale.

FORGUE et MASSABEAU substituent à la théorie branchiale, la théorie de l'embryome juxta-salivaire, tandis que d'autres auteurs font provenir les tumeurs de la cellule souche salivaire. Les nombreux travaux d'ALEZAIS, PAYRON, MASSON, POIJOL, cherchent surtout à mettre en évidence l'évolution malpighienne de cette cellule.

En 1933, Ch. DUNET et J. CREYSSEL font, dans la « Bibliothèque du Cancer », une étude complète sur le « Cancer des glandes salivaires ».

— — — — —

Observation

(Inédite, recueillie à la clinique chirurgicale de M. le Professeur MASSABUAU).

Il s'agit d'un homme âgé de 70 ans, dans un excellent état de santé générale, qui est entré le 4 juin 1936 à la clinique chirurgicale de M. le professeur MASSABUAU, pour une tumeur située dans la région sous-maxillaire droite.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents, tant héréditaires et consanguins que personnels de notre malade ; il y a environ quatre mois, il s'est aperçu de la présence d'une petite nodosité facilement mobilisable. Depuis, la tumeur a grossi, mais n'a jamais causé de douleur ou même de gêne à la mastication ou à la phonation.

A la palpation, la tumeur assez uniforme, offre une consistance très ferme, peu mobile, paraissant faire corps avec l'os.

Le palper buccal ne montre rien de particulier ; la muqueuse du plancher est normale, n'est pas soulevée et n'adhère pas à la tuméfaction.

L'examen de la bouche, du pharynx et du nez, ne montre aucune inflammation ni aucune ulcération ayant pu donner une métastase ganglionnaire.

D'après l'évolution et les caractères cliniques, il s'agissait là manifestement d'une tumeur maligne et l'examen attentif de la bouche et de la gorge du malade, ayant fait éliminer l'idée d'une dégénérescence secondaire des ganglions du cou, on a porté le diagnostic d'épithélioma primitif de la glande sous-maxillaire.

L'intervention eût lieu le 10 juin 1936, sous anesthésie générale.

Une incision de dix centimètres, le long du bord supérieur du maxillaire inférieur, donna à notre maître M. le professeur GUIBAL, un jour très suffisant sur la région.

A l'exploration, on trouve une tumeur, de consistance ferme, entourée de tissu conjonctif de néo-formation et très vascularisé. Elle adhère solidement au bord inférieur du maxillaire, mais ne provient pas de l'os ou du périoste. Il semble que l'on ait affaire à un processus tumoral développé aux dépens de la glande sous-maxillaire. Le doigt permet de suivre un prolongement de la glande en arrière et en profondeur, qui amène jusqu'au voisinage de la carotide interne.

La tumeur est énuclée par section progressive de ses attaches fibreuses ; on est obligé de ruginer le bord inférieur du maxillaire pour la libérer de ses attaches.

Après section le plus profondément possible du prolongement, la tumeur fut aisément énuclée avec toute son atmosphère.

Suites opératoires. — Le soir même de l'opération, on constate un gros hématome. On est obligé d'enlever les agrafes, de faire une injection d'hémostyl et de laisser à demeure une compresse.

Le 12 juin 1936, ablation des compresses. On panse à plat. Il existe un œdème de la joue droite.

Le 13 juin 1936, on replace les agrafes qu'on enlève définitivement après quatorze jours.

Les points ont un peu suppuré. Pansement alcoolisé. L'œdème de la joue est dégonflé. La cicatrice est à peu près complète. Le tissu cellulaire sous-cutané est un peu induré. A l'ouverture de la bouche, on n'a pas de gêne ; le plancher buccal est libre, mais n'est pas très souple.

Le 4 juillet 1936, notre malade quittait le service.

Nous le revoyons malheureusement six mois après, en pleine récurrence locale.

Il présente une tumeur dont les limites sont difficiles à préciser, surtout en bas et en arrière dans la région carotidienne. La peau est rouge et prête à s'ulcérer ; le plancher buccal est induré.

Les douleurs peu atroces, se propagent dans toute la mâchoire, l'oreille et la tempe.

Un examen complet ne relève aucune trace d'un autre néoplasme. Les gencives sont normales, la voix n'est pas enrouée, il n'existe pas de troubles de la déglutition. Le malade refuse de se soumettre à une nouvelle intervention.

L'examen macroscopique montre une masse solide superficiellement, pouvant faire penser à une grosse glande sous-maxillaire, mais sa consistance et l'aspect de la coupe, fait penser à un épithélioma de cette glande.

L'examen histologique a porté sur toute la surface du fragment envoyé.

A un faible grossissement, on se rend compte que l'on a affaire à un tissu conjonctivo-vasculaire dépourvu de revêtement et sillonné en tous sens par des travées très irrégulières d'épaisseur, formées d'éléments cellulaires particulièrement chromophiles.

Ce grossissement permet déjà de noter que la coupe histologique considérée ne comporte aucune formation glandulaire.

A un plus fort grossissement, l'étude histologique a porté sur les cellules néoplasiques et sur le stroma conjonctivo-vasculaire qu'elles infiltrent.

a) Les éléments cellulaires en prolifération anormale ont des limites imprécises par suite de leur tassement dans une même travée, la plupart sont donc polygonaux par pression réciproque, avec un cytoplasme finement granuleux ; leur noyau, parfois muni d'un nucléole vrai, plasmatique, est remarquable par sa chromophilie et ses signes de division très active par mitose et surtout par amitose : c'est en effet ce mode de division cellulaire qui domine dans cette tumeur.

Certaines travées cancéreuses sont formées de cellules de même structure que celles qui précèdent mais qui s'ordonnent concentriquement par rapport à une formation fortement orangophile : ce sont des *globes épidermiques kératosiques* ou *parakératosiques* suivant leur degré de différenciation cornée ; d'autres travées néoplasiques ne présentent pas de globes épidermiques, mais les cellules qui les constituent possèdent, entre elles, des filaments unitifs d'autant plus visibles au microscope que le tassement des éléments cellulaires dans la travée est moins grand.

Ces détails de structure histologique, globes épidermiques et filaments unitifs, permettent d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une néoplasie formée de *cellules malpighiennes*. Certaines sont indifférenciées et offrent l'aspect histologique de l'*épithélioma malpighien atypique* ou *baso-cellulaire*, d'autres tendent vers la kératinisation et réalisent la structure de l'*épithélioma typique* ou *spino-cellulaire* : il s'en suit que, du point de vue anatomo-pathologique strict, c'est la dénomination d'*épithélioma malpighien métatypique mixte*, qui convient à cette néoplasie.

Il y a lieu d'insister sur l'activité amitotique prédominante dans ce cancer : on sait d'ailleurs que nombre d'auteurs, GRYNFELTT et HARANT notamment, reconnaissent à la division directe autant d'importance sinon plus qu'à la caryocinèse dans l'évaluation du degré de malignité des cellules cancéreuses.

b) Le stroma conjonctif au sein duquel prolifèrent les cellules épithéliales cancéreuses, comporte le « *paléostroma* » au sens de GRYNFELTT et CAUDIERE, c'est-à-dire le tissu conjonctif préexistant à la néoplasie et le « *néostroma* » au sens de ces mêmes auteurs, c'est-à-dire les éléments lympho-plasmo-histiocytaires réactionnels qui bordent, parfois en amas très denses, les travées cancéreuses.

Au sein du « paléostroma » on voit que les cellules néoplasiques occupent souvent la lumière des vaisseaux lymphatiques qui en sont comme injectés, et que, d'autre part, elles progressent dans les espaces interfasciculaires.

La propagation des cellules cancéreuses se fait donc à la foi par voie lymphatique et par propagation de proche en proche.

En résumé, on se trouve en présence d'un épithélioma malpighien métatypique mixte, doué d'un grand pouvoir de prolifération et d'essaimage.

On ne trouve aucune trace d'éléments glandulaires.

En nous trouvant en présence de semblable structure, nous avons longtemps hésité sur la signification de ce néoplasme ; avons-nous affaire à un épithélioma primitif de la sous-maxillaire ou bien à une tumeur secondaire ? Il semblait au premier abord, en constatant la présence de cellules cornées, que nous nous trouvions en présence de cette deuxième forme, et que notre tumeur devait provenir d'un autre néoplasme qui aurait passé inaperçu.

Pourtant, à la réflexion, une pareille origine nous a paru douteuse, et nous sommes porté à croire que nous nous trouvons là en présence d'un véritable épithélioma primitif de la sous-maxillaire, et cela pour plusieurs raisons.

L'examen clinique du malade fait à plusieurs reprises, au cours de l'affection par M. le docteur CLAROU, médecin traitant, et par notre maître, M. le professeur agrégé GURBAL, avant l'intervention, n'a jamais rien relevé d'anormal ni du côté buccal, ni du côté cervical, et la tuméfaction a été d'emblée sous-maxillaire.

D'ailleurs, il est bon de se souvenir que la glande sous-maxillaire présente une assez longue résistance à l'envahissement néoplasique et TOURNEUX nous signale plusieurs cas où la sous-maxillaire était encore intacte histologiquement, alors que de grosses masses ganglionnaires cancéreuses lui étaient adhérentes depuis longtemps.

En résumé, pour ces raisons, nous ne croyons pas avoir affaire à une tumeur secondaire, et nous pensons nous trouver, au contraire, en présence d'un épithélioma primitif de la sous-maxillaire.

L'examen histologique pouvait à lui seul faire présager la gravité du pronostic, ainsi que la quasi-certitude de la récurrence à brève échéance. C'est ce qui n'a pas manqué de se produire, et l'issue lamentable de notre malade, semblable d'ailleurs à celle des différents cas rapportés par les auteurs, montre bien le caractère de haute malignité que présente cette affection.

Etiologie

Nous ignorons complètement la cause première de l'épithélioma de la sous-maxillaire.

Nous n'en connaissons que quelques causes prédisposantes.

Fréquence : Il s'agit d'une tumeur très rare ainsi qu'en témoigne le petit nombre d'observations publiées. Pour CHIARI, cette rareté ne serait qu'apparente. CHEVASSU, RUBENS-DUVAL en particulier, ont insisté sur la difficulté du diagnostic histologique de l'épithélioma sous-maxillaire ; il est possible que des histologistes non avertis aient pu prendre ces tumeurs pour un lympho-sarcome, pour un sarcome, ou que l'origine glandulaire de la tumeur n'ait pas été reconnue.

Il y a là, évidemment, une cause d'erreur légère, dans l'appréciation de la fréquence de cette tumeur ; il n'en est pas moins certain qu'elle est rare.

Age : l'épithélioma de la sous-maxillaire est plus fréquent aux environs de la cinquantaine.

Sexe : Etant donné le petit nombre d'observations publiées, on ne pourrait pas dire s'il est plus fréquent chez l'homme ou chez la femme.

KENNON, qui rapporte quatre cas d'épithélioma sous-maxillaire, dit qu'il est plus fréquent chez la femme.

D'après DELANNOY, il est plus fréquent dans le sexe masculin, dans la proportion de 2 à 1. Il n'est pas, à dire vrai, d'autres causes prédisposantes.

Le traumatisme, les infections aiguës ou chroniques, la lithiase salivaire ne sont notés dans aucune observation.

Anatomie et Histologie Pathologique

L'épithélioma de la glande sous-maxillaire atteint les deux côtés avec une égale fréquence.

De volume variable (en moyenne un œuf de poule), l'épithélioma sous-maxillaire présente une forme ovoïde, irrégulièrement arrondie.

La tumeur peut, exceptionnellement être entourée d'une capsule propre; généralement les tissus voisins sont infiltrés et adhérents à la masse néoplasique.

La coupe est généralement blanc-grisâtre, blanche, ou blanc-rosé ; le plus souvent ferme sous le couteau sans avoir la dureté spéciale, irrégulière, cartilagineuse ou osseuse de la tumeur mixte.

A la périphérie, quand la tumeur est peu avancée, on reconnaît les lobules de la glande normale sans qu'une limite nette apparaisse entre le tissu glandulaire et le tissu pathologique.

A une période plus avancée toute trace de tissu glandulaire et de disposition lobulée a absolument disparu. La coupe est alors uniforme et homogène.

Parfois, il existe par places, des zones de nécrose (CHEVASSU), des petites cavités kystiques à contenu séro-sanguinolent (CHIARI) ou pseudo-purulent. L'évolution anatomique de ces tumeurs pourrait être divisée schématiquement comme celle des autres cancers en trois périodes :

Une phase d'extension locale.

Une phase d'extension ganglionnaire.

Une phase de généralisation.

A la première période, la néoplasie, après avoir détruit excentriquement le tissu glandulaire, envahit de proche en proche les tissus voisins, c'est-à-dire les muscles digastrique, mylohyoïdien, même sterno-cleïdo-mastoidien ; les nerfs, le tissu cellulaire périphérique, la mâchoire et la peau auxquelles elle adhère.

La seconde phase, d'envahissement ganglionnaire, s'imbrique avec la première ; il est probable, en effet, que les ganglions soient envahis précocement par le processus néoplasique, étant donné surtout les rapports de particulière proximité des ganglions sous-maxillaires. Les ganglions le plus souvent envahis sont les ganglions sous-mentaux, les ganglions sous-maxillaires et les ganglions carotidiens ; ces derniers, quoique non apparents à la palpation peuvent être trouvés néoplasiques au cours de l'intervention. Quant à la phase de généralisation, les autopsies faisant défaut, elle est à peu près inconnue.

ZAHN a observé les métastases frontales au cours d'un cancer de la sous-maxillaire.

JOULLIARD en signale au niveau des plèvres et des poumons, ainsi qu'au niveau de la symphyse mentonnière.

*
**

L'épithélioma spino-cellulaire (ou pavimenteux stratifié ou épidermoïde), se rencontre parfois à l'état pur ; le fait est rare, mais incontestable.

Les éléments néoplasiques ont les caractéristiques des cellules malpighiennes et parcourent le cycle évolutif complet des cellules épidermiques depuis le stade basilaire jusqu'au stade corné. Ils affectent entre temps la forme malpighienne ou épineuse, d'où leur appellation de spino-cellulaire. Les cellules néoplasiques se disposent en travées plus ou moins irrégulières et en lobules arrondis, ramifiés, corniculés. Ces travées sont bordées à leur périphérie par une assise de cellules bordantes, disposées en palissade à noyau ovalaire et cytoplasma clair et basophile.

Au-dessus d'elles, s'étagent en strates plus ou moins nombreux des cellules beaucoup plus volumineuses et irrégulières, rappelant les différents types épidermiques. Sa différenciation s'effectue en allant de la périphérie au centre. C'est à ce niveau que s'accumulent en couches concentriques les cellules kératinisées, formant des amas sphériques tout à fait caractéristiques, les globes cornés, autour desquels s'ordonnent des cellules chargées de granulations de kératohyaline, puis de larges cellules pavimenteuses traversées par des filaments d'union.

Souvent, les cellules épithéliales ne subissent aucune différenciation malpighienne.

Peu volumineux, ovalaires, allongés, à cytoplasma clair et basophile, les éléments néoplasiques, étroitement pressés les uns contre les autres, se disposent en travées ou îlots massifs ou grêles, mais très souvent irréguliers et ramifiés. Dans les travées épaisses, les cellules périphériques se disposent perpendiculairement au tissu conjonctif. Les cellules centrales sont parfois franchement fusiformes et peuvent en imposer pour un sarcome fuso-cellulaire.

En fait, les deux types précédents sont fréquemment associés ; l'on observe le plus souvent, dans ces travées, des ébauches d'évolution malpighienne : filaments d'union, cellules parakératosiques.

Origine et Histogénèse

Le problème des origines des tumeurs salivaires, commença à se poser de façon précise lorsque les tumeurs mixtes furent enfin rattachées à la suite des travaux de DOLBEAU et surtout de PLANTEAU, non pas aux ganglions lymphatiques comme l'avaient soutenu BOYER, VELPEAU, et bien d'autres, mais aux glandes salivaires proprement dites.

C'est vers cette époque que commença la discussion, entre deux écoles, l'une allemande défendant l'origine conjonctive, et l'autre française, démontrant l'origine épithéliale des tumeurs mixtes et de la grande majorité des cancers salivaires.

La théorie conjonctive a perdu la plupart de ses défenseurs, pour ne pas dire tous.

Il suffit de lire les deux importants travaux de BERGER et de VEAU (Thèse de Paris, 1901), pour se convaincre que l'idée de la génèse endothéliale n'est pas à l'abri de sérieuses critiques et que c'est beaucoup mettre sur le compte de la cellule endothéliale que de penser que cette cellule mésodermique, hautement différenciée, peut former par pure métaplasie des cellules polygonales épithéloïdes, peut évoluer vers la formation de globes épidermiques.

La formation de globes épidermiques est regardée par tous les auteurs comme appartenant en propre aux épithélioma. On ne les observe jamais dans le sarcome. VOLKMANN, LUBARSCH, BOSC et JEANBREAU les ont tous observés dans leur soi-disant angio-sarcome.

Ils se sont évertués à prouver que les globes épidermiques différaient des vrais globes épidermiques.

Avec BERGER et BEZANÇON, MALASSEF, VEAU, dans sa thèse (Paris, 1901) trouve qu'ils n'ont donné aucune preuve de leurs affirmations. Leurs globes épidermiques étaient de vrais globes épidermiques identiques à ceux qu'on trouve dans les cancers de la peau.

La théorie épithéliale a donc rallié tous les anatomo-pathologistes, mais la discussion, nous allons le voir, persiste lorsqu'il s'agit de préciser de façon exacte à quelle souche épithéliale se rattachent les épithéliomas primitifs de la glande.

Les éléments malpighiens en particulier, sont rapportés presque invariablement à des inclusions de l'ectoderme embryonnaire ; inclusions branchiales ; inclusions de germes glandulaires, tandis que d'autres auteurs font provenir les éléments malpighiens de la cellule souche salivaire grâce à un processus métaplasique.

Nous allons exposer dans toute leur ampleur, les théories invoquées pour élucider l'origine de l'épithélium pavimenteux stratifié au niveau de la glande sous-maxillaire et nous aborderons les points principaux qui constituent encore la base des controverses actuelles.

THÉORIE BRANCHIALE

Déjà envisagée par VIRCHOW, par KINSBERG, qui songeaient à incriminer le premier le cartilage de MECKEL, le second le cartillage de REICHERT, cette théorie a été dé-

fendue et développée surtout par FREDET, par CUNÉO et VEAU, par CHEVASSU.

Elle a conquis immédiatement un grand nombre de partisans, tous ceux que les théories jusqu'alors ne parvenaient pas à satisfaire.

Elle a été défendue devant la Société de Chirurgie, en 1903, par le professeur RECLUS et par le professeur LE DENTU, en 1905.

D'après ces auteurs, les tumeurs sont développées au dépens des restes embryonnaires, inclus lors de la régression des arcs branchiaux.

L'appareil branchial est composé de tissus complexes : épithélium pavimenteux stratifié, épithélium cylindrique, squelette conjunctivo-vasculaire.

Chacun de ces éléments peut pour une cause inconnue entrer en prolifération et donner tour à tour, des globes cornés comme le tissu pavimenteux et ectodermique, des formations cylindriques de nature entodermique, des tumeurs conjonctives, vasculaires et lymphatiques.

Il se peut qu'il ne prolifère chez l'adulte que le tissu ectodermique qui donnera dans ce cas l'épithélium pavimenteux kératinisé que nous avons retrouvé dans la structure histologique de notre tumeur.

L'Ecole de Montpellier s'est élevée contre cette théorie.

Le professeur FORGUE et notre maître le professeur MAS-SABUAU, s'appuyant sur les travaux embryologiques de VIALLETON considèrent que l'hypothèse branchiale n'a pas fait ses preuves.

Pour eux, il est imprudent d'affirmer que l'appareil branchial de l'embryon prenne une part quelconque à la formation du cou, ils ne pensent pas, par suite, que les résidus branchiaux puissent jouer le moindre rôle dans la constitution des tumeurs cervicales.

THÉORIE DES GERMES GLANDULAIRES EMBRYONNAIRES

En 1897, PITANCE soutient que des germes salivaires, ayant perdu au cours du développement embryonnaire toutes connexions avec les canaux excréteurs pouvaient sommeiller jusqu'au jour où ils donnaient naissance à une tumeur.

Les idées de PITANCE sont absolument tombées dans l'oubli. VEAU n'en fait même pas mention dans sa thèse. VIGNARD et MOURIQUAND les exposent sans leur accorder une grande importance.

Elles sont reprises par WILMS et par notre maître, Monsieur le Professeur MASSABUAU, dans un article sur « la structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires ». (Revue de Chirurgie, 1908).

Les germes embryonnaires, dit WILMS, destinés à la formation des glandes salivaires apparaissent de très bonne heure dans les premiers stades de la vie intra-utérine; ils naissent sous forme de bourgeons de l'ectoderme qui doit constituer aussi le revêtement muqueux de la cavité bucco-pharyngée. Ces bourgeons embryonnaires, constitués par une masse d'ectoderme qui a entraîné une plus ou moins grande quantité de mésoderme, vont aboutir à la constitution des glandes salivaires adultes, dont le stroma sera formé par le développement des cellules mésenchymateuse et dont les cellules sécrétantes des acini seront dûes à la haute différenciation des cellules ectodermiques.

Ainsi donc, l'ectoderme de la région buccale va donner naissance par sa différenciation au cours du développement à deux ordres de formations bien différentes : 1° le revêtement épithélial de la muqueuse buccale qui est un épithélium pavimenteux stratifié ; 2° Le parenchy-

me des glandes salivaires constitué par des acini revêtus de cellules cubiques sécrétantes.

Si l'on admet que la totalité des cellules qui constituent le bourgeon embryonnaire peut ne pas entrer en voie de division, on comprendra facilement qu'il est logique de penser que quelques-uns de ces éléments qui sont restés inutilisés sous la forme de petits foyers de cellules embryonnaires dans l'intérieur de la glande salivaire, après être demeurés longtemps à l'état latent, sous une influence que nous ne connaissons pas encore, seront capable d'entrer soudain en voie de prolifération extrêmement active.

Or, cete prolifération ectodermique aboutira au même résultat auquel elle devait aboutir si elle s'était produite pendant la vie embryonnaire, c'est-à-dire que d'une part elle pourra constituer de l'épithélium plat, analogue au revêtement de la muqueuse buccale, d'autre part de l'épithélium salivaire normal ou légèrement atypique. Le développement de l'épithélium plat de type malpighien peut être parfois prépondérant et aboutir à la constitution d'un véritable épithélioma pavimenteux.

ORIGINE DE L'ÉPITHÉLOMIA

PAVIMENTEUX AUX DEPENS D'ÉLÉMENTS SALIVAIRES ADULTES

Cette origine, soutenue par MALHERBE, ALEZAIS et PEYRON, DUNET et CREYSSSEL ne semble pas discutable pour eux, dans les épithéliomas primitifs.

Les inclusions mises à part, les glandes salivaires sont susceptibles d'édifier aux dépens de leur épithélium propre des formations malpighiennes embryonnaires ou adultes.

Le potentiel de cet épithélium comme celui de tous les épithéliums dérivés de l'endoderme antérieur, est élevé,

aussi les possibilités de différenciation sont-elles multiples.

En ce qui concerne en particulier l'évolution malpighienne de cette cellule, les nombreux travaux d'ALEZAI, PEYRON, MASSON, POUJOL, sont pour DUNET et CREYSSSEL tout à fait démonstratifs.

Dans certains épithéliomas primitifs, de type nettement salivaire, on peut observer toutes les formes de passage entre la cellule canaliculaire adulte et la cellule malpighienne la plus caractérisée.

Au niveau d'un canal excréteur se différencient des cellules remarquables par leur forme régulièrement ovoïde ou polyédrique, l'aspect homogène de leur protoplasme, leur noyau à contour net et leur gros nucléole ordinairement central.

Ces cellules n'ont pas le volume considérable des cellules banales de l'épithélioma glandulaire, leur noyau découpé et fragmenté, leurs karyocinèses irrégulières. Elles diffèrent des cellules malpighiennes par l'intégrité constante de leur noyau, l'absence de zone claire périnucléaire et surtout l'absence de kératine. En se rapprochant de la partie centrale des tumeurs, on voit ces cellules se transformer, soit en cellules atypiques banales, soit en cellules malpighiennes. Cette dernière transformation est particulièrement intéressante et facile à suivre sur des coupes colorées par la méthode d'ERNST (Coloration au Gram ou au weigert), qui met en évidence la kératinisation du corps cellulaire. Le protoplasma est plus sombre et condensé, en particulier dans la zone périnucléaire et la zone ectoplasgique. Le Gram met en évidence un réseau filamenteux intra et intercellulaire. Les noyaux offrent des tendances atrophiques plus ou moins marquées. Toutefois la kératinisation et la disparition du noyau sont rarement notées ; il s'agit ordinairement d'une para-kératose irrégu-

lière et incomplète, aboutissent à la formation des globes épidermiques plus ou moins complets.

La présence de globes cornés dans une tumeur salivaire n'a donc rien de mystérieux et point n'est besoin d'invoquer pour l'expliquer, la nécessité d'une inclusion branchiale.

Ces conclusions, empressons-nous de le dire, sont combattues avec vigueur par nombre d'histologistes qui prétendent n'avoir jamais pu rencontrer sur leurs coupes les cellules intermédiaires qu'ont décrit avec beaucoup de détails ALEZAIS, PEYRON, MASSON, etc.

Etude Clinique

Le début de l'épithélioma primitif de la glande sous-maxillaire est extrêmement insidieux. Les troubles subjectifs et fonctionnels (douleurs, troubles des fonctions bucco-pharyngées) n'apparaissent que tardivement ; cependant le malade se fait en général examiner précocement car la tumeur, dans une région aussi apparente devient assez rapidement visible ou perceptible. Il a le plus souvent constaté depuis quelques mois, trois à six, rarement plus, l'existence sous le rebord du maxillaire d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette ou d'une bille, plus ou moins mobile, indolore. Cette tuméfaction considérée par le malade comme une « glande » grossit petit à petit et c'est souvent cette augmentation de volume qui l'inquiète.

Même à la période de tumeur avérée, les signes subjectifs sont extrêmement réduits. On peut dire que l'épithélioma sous-maxillaire est indolore et cette indolence est signalée dans presque toutes les observations.

L'évolution du mal peut être avancée sans que le malade éprouve le moindre phénomène douloureux. Ceci n'est cependant pas absolu : certains auteurs signalent des dou-

leurs précoces très vives, irradiées vers le cou et vers l'oreille, identiques aux douleurs du cancer de la langue. Les autres signes fonctionnels sont aussi déficients ; on a signalé la salivation abondante et gênante dans certains cas de la gêne des mouvements des mâchoires (phonation, mastication, déglutition). Les symptômes fonctionnels n'ont, en somme, aucun caractère spécial ni aucune valeur sémiologique. Les signes physiques sont plus importants : ce sont eux qui permettent seuls de faire le diagnostic.

La région sous-maxillaire, du côté lésé est le siège d'une voussure ou d'une tuméfaction le plus souvent étalée et mal limitée. Cette tuméfaction très nette et précoce chez les malades maigres peut être tardive chez les malades gras ou « à double menton ». La peau peut, dans certains cas, présenter une coloration rosée d'aspect inflammatoire qui risque d'égarer le diagnostic.

La palpation donne des renseignements de toute première importance. La tuméfaction est de volume variable qui va d'une noix à un œuf de poule et plus ; elle est allongée transversalement, son grand axe parallèle au rebord maxillaire ; elle est le plus souvent régulière et lisse, un peu bosselée quelquefois ; mais surtout la tumeur est régulièrement dure. La palpation méthodique permet de préciser les limites de la tuméfaction ; elle occupe la région comprise entre le rebord maxillaire en haut et l'os hyoïde en bas, la ligne médiane, en avant, et l'angle de la mâchoire en arrière. Plus tard, elle dépasse ces frontières et envahit les régions carotidiennes et sous-hyoïdiennes et son bord supérieur tend à déborder le bord inférieur de la mandibule pour envahir la face.

Sauf le cas de cancer tout à fait au début, la tuméfaction est noyée dans une infiltration diffuse, dans une sorte de « capitonnage » qui atténue les reliefs et rend les limites vagues et imprécises ; la peau plus ou moins mobile est, en effet, infiltrée et par le pincement, on arrive assez

difficilement à détacher un pli cutané. A cette période, la tumeur jouit encore d'une certaine mobilité ; cette mobilité latérale, qu'on recherche par le palper externe en saisissant la masse suivant son grand axe et en la mobilisant d'avant en arrière, est souvent réduite et difficile à obtenir.

Le toucher buccal permet d'apprécier l'état du plancher de la bouche et de la muqueuse à ce niveau. La muqueuse peut être soulevé précocement par la masse ; elle peut être œdématiée ou même adhérente. Combiné au palper externe (palper buccal combiné), il constitue une manœuvre indispensable pour toutes les tumeurs de la région sous-maxillaire : il renseigne en effet sur la mobilité de la tumeur et sur ses rapports avec le maxillaire inférieur. Doigt buccal et doigt maxillaire peuvent ainsi se renvoyer la tumeur, en étudier soigneusement la forme générale, les limites, la surface extérieure, surtout la consistance et la mobilité. La recherche des adénopathies sera pratiquée avec un soin tout particulier. L'exploration méthodique bilatérale des régions sous-mentales, sous-maxillaires, carotidiennes, sus-claviculaires, permettra de sentir des ganglions durs, plus ou moins volumineux, indolores. Ces ganglions se trouvent surtout immédiatement sous le menton ou sous le bord inférieur du maxillaire ; ils sont alors accolés à la tumeur dont ils semblent faire partie et lui donnent une surface bosselée.

Il est fréquent d'en trouver dans la région carotidienne. A la période terminale, la tumeur adhère au maxillaire, envahit le plancher de la bouche et la langue, refoule l'amygdale et la paroi latérale du pharynx ; elle déborde vers la face et la région carotidienne, entraînant alors des phénomènes de compression graves qui hâtent la terminaison fatale.

Diagnostic

Quand il s'agit d'un malade au voisinage de la cinquantaine, ayant observé une tumeur de la région sous-maxillaire, d'évolution rapide et indolore ; que la tumeur apparaît à l'examen clinique comme mal limité, non encapsulée, dure et ligueuse : que d'autre part, l'examen des cavités buccale, nasale et pharyngée, du larynx et de l'œsophage ne révèle aucune lésion néoplasique, le diagnostic de cancer primitif de la sous-maxillaire apparaît comme le seul possible.

Dans d'autres cas, malade jeune, tumeur au début, petite, apparemment bien limitée, le diagnostic devient très difficile. Il est une chose qu'il ne faut jamais négliger, c'est d'examiner avec le plus grand soin le territoire correspondant aux ganglions sous-maxillaires pour éviter la confusion avec les adénopathies néoplasiques secondaires. Un examen attentif est indispensable, car le cancer originel peut être de dimensions restreintes (CHEVASSU).

Les infections chroniques sont une source fréquente d'erreurs. Qu'elles s'accompagnent de lithiase salivaire ou non, elles provoquent des sous-maxillites d'allure torpide qui ont été prises et opérées pour des cancers par les plus grands chirurgiens. Mais, comme le plus grand nombre de

ces sous-maxillites sont secondaires à la lithiase salivaire, ce sont donc les signes de lithiase glandulaire ou canaliculaire qu'il faudra rechercher.

La radiographie apporterait un appoint sérieux en montrant le calcul.

Le danger serait dans l'hypothèse d'un cancer, pris pour une sous-maxillite, d'essayer un traitement médical qui ferait perdre un temps précieux.

Les adénites tuberculeuses se reconnaîtraient plus facilement :

Qu'il s'agisse d'un lymphome tuberculeux ou d'une polyadénite, l'aspect et la consistance sont différents ; les autres localisations de tuberculose doivent toujours être recherchées.

La syphilis de la glande sous-maxillaire a été signalée dès 1866 par LANCEVAUX.

Seule, la syphilis tertiaire scléro-gommeuse peut simuler le cancer. La coexistence presque constante d'autres lésions spécifiques évolutives, cutanées, muqueuses, osseuses, oculaires et même musculaires, ainsi que les recherches sérologiques ont une grande valeur diagnostic.

L'actinomycose est généralement plus étendue, moins localisée, elle est rapidement cervico-faciale plutôt que sous-maxillaire. La maladie de Mikulicz est trop caractéristique pour nous y arrêter longuement.

Le gonflement symétrique et simultané des glandes salivaires et lacrymales ne se voit que dans cette affection dont la nature est d'ailleurs loin d'être élucidée. L'évolution de cette affection est extrêmement lente et l'état général reste excellent.

La tumeur mixte de la sous-maxillaire se reconnaît assez facilement. D'abord, l'évolution est beaucoup plus longue et se compte par années. Elle reste longtemps mobile et encapsulée, caractère différentiel très important ; mais au début, l'épithélioma peut constituer une tumeur

mobile et bien limitée, car, comme le dit CHEVASSU, il faut un certain temps aux éléments néoplasiques pour infiltrer et franchir la barrière que constitue la capsule propre de la glande. Si les ganglions manquent, le diagnostic est, à dire vrai, impossible. Seule, la question de fréquence qui reste quand même un argument clinique plaiderait en faveur de la tumeur mixte.

Le branchiome, dont le siège est toujours nettement sous-angulo-maxillaire et qui ne vient pas au contact du plancher de la bouche, ou n'y vient que tardivement, est souvent confondu avec le cancer de la sous-maxillaire. A vrai dire pratiquement qu'il s'agisse d'un épithélioma sous-maxillaire, d'une tumeur mixte sous-maxillaire ou d'un épithélioma branchial, la sanction thérapeutique est la même. Et d'ailleurs même pièces en mains, le diagnostic peut être difficile et l'interprétation des préparations histologiques a souvent besoin d'être serrée de très près.

Evolution - Pronostic

La marche de l'épithélioma sous-maxillaire est en général rapide et la durée de l'affection ne dépasse guère deux ans.

En raison de la rapidité de l'évolution et de l'adhérence de la tumeur au moment de l'intervention, les récidives sont souvent précoces et inopérables : c'est ainsi que nous voyons TOURNEUX opérer une tumeur datant de deux mois qui récidive deux mois après, et que notre malade fait une récidive quatre mois après l'intervention.

Beaucoup d'observations malheureusement manquent de renseignements sur les résultats éloignés. Le pronostic de l'épithélioma de la sous-maxillaire est extrêmement sombre ; mais il est évident qu'il faudrait des séries opératoires plus importantes pour porter sur ce sujet un jugement définitif. Théoriquement, il n'y a pas de raison pour qu'une intervention précoce et suffisamment large ne donne, ici comme ailleurs des résultats éloignés qui légitiment pleinement le traitement chirurgical.

Traitement

A cause de sa très grande rareté, le cancer sous-maxillaire n'a pas soulevé des discussions thérapeutiques aussi anciennes et aussi nombreuses que les tumeurs parotidiennes. Nous serons bref à ce sujet. Il n'y a presque rien à ajouter d'ailleurs à ce qu'a dit CHEVASSU (1910). C'est à l'opération qu'on aura recours dans la majorité des cas.

L'extirpation de la glande avec curage des groupes ganglionnaires correspondants, est une intervention classique, en général simple et sans danger. Seules, les interventions élargies, s'adressant aux tumeurs qui ont dépassé les limites de la loge sous-maxillaire, sont délicates et périlleuses, car elles peuvent nécessiter une ablation plus ou moins large du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur et parfois même d'autres régions avoisinants. Le but de l'intervention sera donc de réaliser un évidement total de la loge sous-maxillaire, complété par un curage ganglionnaire carotidien.

L'incision curviligne classique, à concavité supérieure, dont les deux extrémités répondent au menton en avant et à l'angle mandibulaire en arrière, n'est pas toujours suffisante. On est souvent obligé de faire une incision en forme de T renversé, disposé horizontalement : une longue

incision verticale suit le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Une deuxième incision, sensiblement horizontale vient tomber perpendiculairement sur la première, à la hauteur de la corne hyoïdienne.

Les deux lambeaux ainsi délimités intéressent la peau, le peaucier et l'aponévrose superficielle.

Après la libération et le relèvement des lambeaux, on fait la recherche et la ligature de l'artère et de la veine faciales.

Lorsque la tumeur est encore encapsulée, ce qui est rare, il est toujours facile de libérer la glande.

Le plus souvent, l'adhérence à la mâchoire demande la rugination du périoste ou une véritable résection partielle de la mâchoire (JOUILLIARD).

Enfin, on n'oubliera pas qu'il faut systématiquement curer et enlever les ganglions de la chaîne carotidienne, même apparemment sains.

Les indications thérapeutiques sont tirées de l'opérabilité de la tumeur. L'adhérence à la mâchoire ne constitue pas une contre-indication ; dans ce cas, le décollement périosté, la rugination permettent de pratiquer une opération suffisante. Si l'os est envahi, on peut pratiquer la résection : même si l'os est envahi l'opération est encore légitime.

L'adhérence au paquet vasculo-nerveux, sans constituer une contre-indication formelle, aggrave considérablement le pronostic opératoire.

Lorsque l'envahissement buccal est large, intéressant la ligne médiane du plancher de la bouche, parfois la langue, et adhère au pharynx et au larynx, l'ablation chirurgicale est dangereuse et doit être rejetée.

La constatation de ganglions bilatéraux volumineux, et de métastases, doit faire également rejeter le traitement

chirurgical. A l'heure actuelle, il est préférable d'employer pour les tumeurs inopérables les agents physiques comme les rayons pénétrants la curiethérapie qui, dans certains cas, sont susceptibles de donner, à moins de frais, des résultats aussi satisfaisants. Mais pour les cas au début, nous devons en matière de chirurgie du cancer, nous rappeler les deux principes fondamentaux : opération précoce, opération large.

C'est de leur application qu'il faut attendre une amélioration du pronostic du cancer de la glande sous-maxillaire.

Conclusions

1° L'épithélioma pavimenteux primitif de la glande sous-maxillaire est une affection extrêmement rare.

D'après certains auteurs, l'appellation « d'épithélioma primitif » comporte une part d'arbitraire et d'inconnu car, d'après eux, il est impossible, histologiquement parlant, d'affirmer que la tumeur ne s'est pas développée aux dépens d'une tumeur mixte, de volume restreint et passée inaperçue.

Nous croyons qu'il serait absurde de refuser à la glande sous-maxillaire la possibilité d'édifier des néoplasies primitives comme les autres formations glandulaires.

2° L'épithélioma pavimenteux se rencontre parfois à l'état pur ; le fait est rare mais incontestable.

3° Le problème de l'origine de ces tumeurs est loin d'être complètement élucidé.

a) La théorie branchiale, si simple et fort séduisante, est en réalité passible de sévères critiques (VIALLETON, FORGUE et MASSABUAU) ; elle ne peut donc être conservée telle qu'elle a été émise par ses promoteurs.

b) PITANCE, WILMS, MASSABUAU expliquent l'origine de l'épithélium pavimenteux par l'isolement de germes em-

bryonnaires qui resteront inemployés jusqu'au jour où leur réveil provoquera l'apparition d'une tumeur.

c) Enfin, pour MALHERBE, ALEZAIS et PEYRON, l'origine de l'épithélioma povimenteux aux dépens d'éléments salivaires adultes ne semble pas discutable.

Ils prétendent avoir pu rencontrer sur leurs coupes toutes les formes de passage entre la cellule caniculaire adulte et la cellule malpighienne, la plus caractérisée.

4° Le diagnostic d'épithélioma primitif est souvent assez difficile ; il faut éviter de le confondre, d'une part, avec les adénopathies néoplasiques secondaires et, d'autre part avec une tumeur mixte.

5° Le pronostic de l'épithélioma de la sous-maxillaire est extrêmement sombre.

En raison de la rapidité de l'évolution et de l'adhérence de la tumeur au moment de l'intervention, les récidives sont souvent précoces et inopérables.

6° L'intervention chirurgicale est le traitement de choix.

Elle comportera l'extirpation de la glande avec curage des groupes ganglionnaires correspondants. Les agents physiques ne seront employés que pour les tumeurs inopérables.

Bibliographie

- AGRIFOIO M. — Epitelioma primitivo della ghiandola soto-mascellare. (*Arch. ital. di chir. Bologna* 1925, S I, 229-224 a).
- ALEZAIS et PEYRON. — Epithélioma glandulaire de la parotide à évolution épidermoïde. (*C. R. Soc. Biol.* 1908).
- ALEZAIS et PEYRON. — Origine et signification des éléments malpighiens observés dans les tumeurs des glandes salivaires. (*C. R. Soc. Biol.* 1909).
- ALEZAIS et PEYRON. — (Sur les premiers stades des lésions dans les tumeurs des glandes salivaires. *C. R. Soc. Biol.*, 1900).
- BATUT. — Tumeur maligne de la grande sous-maxillaire. Extirpation. Généralisation trois mois après. (*Soc. de Méd. milit. franç.*, 1919, t. III, p. 437).
- A. CHALIER, DUNET C. — Epithélioma de la glande sous-maxillaire. (*Lyon Chirurgie* 1924, XXI, 613-615).
- CHALIER, DUNET. — Cancer des glandes salivaires. (*Bibliothèque du Cancer*, 1933).
- CHEVASSU. — Tumeurs de la glande sous-maxillaire. (*Revue de Chir.* 1910, t. XII, p. 145).
- CHIARI. — Zur Kasuistik der Erkrankungen der Unterkieferspeicheldrüse. (*Wiener Klin Woch*, 1912, t. XXV, p. 1562-1567).
- COGLSON et LARREY. — Rapport à l'Académie des Sciences sur l'extirpation de la glande sous-maxillaire 1841).
- DELANNOY F. — Le cancer de la glande sous-maxillaire. (*Revue de Chirurgie*, 1923, p. 249).
- DUBREUIL. — Sarcome de la glande sous-maxillaire. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Montpellier*, 2 mai 1891, p. 205).

- ESTRADE. — Un signe différentiel entre les tumeurs de la glande sous-maxillaire. (*Prat. Méd.* 174-177, févr. 13, 1932).
- FORQUE et MASSABAU. — Comment se pose actuellement le problème des tumeurs branchiogènes du cou. (*Province Méd.* 15 Fév. 1908 et *Revue de Chirurgie* 1908).
- FREDET et CHEVASSUS. — Epithélioma branchial intra-parotidien ; contribution à l'étude anatomique des épithéliomas de la parotide. (*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris 1902, IV, 621-623).
- GIUGE. — Atlas der pathologische histologie, p. 58.
- GOYRAND d'AIX. — *Lancette Française*, 1839, I, p. 14 et 22. Cancer des glandes sous-maxillaire et parotide.
- GRIFFINI et TROMBETTA. — Choudro carcinome primitif de la glande sous-maxillaire. (*Atti della acad. della Scienza di Torino*, vol. XVIII, 1883).
- GROSS. — Choudrosarcome primitif de la glande sous-maxillaire. (*Rev. Méd. de l'Est*, 1886, XVIII, p. 51).
- HARTMANN. — Diagnostic d'une tumeur de la glande sous-maxillaire. (*Journ. des Prat.* t. xxxv, n° 46, 1921).
- HERTFELD. — Ueber gerschwubste der glandula submaxillaris. In *Diss. Halle*, 1893.
- JOULIARD. — *Thèse de Paris* 1887-1888. Du cancer de la glande sous-maxillaire.
- KUTTNER. — Die Geschwulste der submaxillar speicheldrusé. *Beit. z. Klin Chir.*, 1896, XVI.
- J. MEYER, MAY. — A propos de deux tumeurs inégalement rares de la glande sous-maxillaire. (*Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indo-Chine*, 928-950, Septembre 1935).
- MORESTIN. — Tumeur maligne primitive de la région sous-maxillaire, (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris* EPEL, t. xxxvii, p. 464).
- OBROSOFF. — Primary cancer of the submaxillary salivary gland. (*Vratch gaz. St-Pétersbourg*, 1912, t. xix, p. 626-628).
- PENGGRUEBER. — Tumeur de la glande sous-maxillaire. (*Courrier Méd.* 1884, p. 435).
- PÉROCHAUD. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. (*Thèse de Paris*, 1884-85).
- PONCET et CHAINTRE. — Tumeurs de la glande ous-maxillaire. (*Gaz. Hép.* 1888, p. 862-865).
- RUBENS, DUVAL et VILLANDRE. — Epithélioma primitif de la glande sous-maxillaire droite, inopérable, traité par le radium. Disparition presque complète de la tumeur. *Paris Chir.* EPEP, xi, p. 424).

- RUPPE C. et ARDOIN. — Deux cas d'épithélioma glandulaire de la mandibule. (*Annales d'Otol. laryngol.*, Août 1931, n° 8).
- ROUFFART, THIRIAR. — Remarques anatomiques et cliniques sur les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire. (*Arch. franco belges de chir.* 1925).
- ROUX, LACROIX et DUGAS. — Tumeur de la glande sous-maxillaire. (*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1910).
- SFGOURGEON. — Tumeurs solides primitives de la glande sous-maxillaire. (*Thèse de Paris*, 1902).
- TOURNEUX et DE GINESTY. — Epith. primit. de la glande sous-maxillaire. (*Bull. Soc. Anat. Paris* 1913, p. 61).
- SEAU et CUNEO. — Sur l'origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciales. (*Congrès internat. de Médecine Paris* 1900. *Section de chirurgie génér.*, p. 278).
- VOLKMANN. — Ueber endotheliale Geschwulste Zugleich ein Beitrag zu den speicheldrüsen und Gaumentumoren. (*Deutsche Zeitsch für Chirurgie* 1895, t. XLI. p. 1-180).
- TAHNFLEBER. — Geschwulstmetastase durch Capillärembolie (*Virchow's Archiv* 1889, n. 21).
-

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Contribution à l'étude de l'épi-
thélioma pavimenteux primitif
de la glande sous-maxillaire.*

par M. BRAESTER Mircea

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 11 février 1937.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 11 février 1937.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 février 1937.

Le Recteur,
TAILLIART.

